JOURNAL DES

CONNAISSANCES MÉDICALES

PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS

FONDÉ PAR LE Dr CAFFE

Publié par V. CORNIL

Professeur-agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE

Ancien chef du laboratoire des Hautes études
à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de Biologie.

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le N° : 20 cent.— Par la poste : 25 cent.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMÉRO :

Vente au Numéro chez tous les Libraires. — Dépôt à la librairie **Frédéric Henry**, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, qui reçoit les abonnements.

BANQUE FONCIÈRE

Société Anonyme — Capital : 1,000,000

Siège social : à Paris, 51 *bis*, rue Sainte-Anne.

BULLETIN FINANCIER

Le marché de nos Rentes marche à pas très mesurés. Il se réveillera très probablement bientôt sous l'influence inévitable de l'approche du coupon de janvier. En attendant, les cours montrent néanmoins assez de solidité, nous devrions dire d'uniformité, pour que les rentiers de l'Etat aient l'esprit parfaitement en repos.

Les valeurs turques et la Banque ottomane ont de nouveau attiré l'attention du public haussier, par suite d'une déclaration de l'ambassade ottomane, de laquelle il résulte que la Sublime-Porte semble donner une entière adhésion à l'œuvre entreprise par le syndicat des grandes Banques. Désormais, pour savoir vraiment ce que vaudront les titres turcs, il faudra voir ce que le syndicat en question saura ou pourra faire dans l'intérêt du crédit de la Turquie.

Excellente tenue, toujours, des actions de nos lignes de chemin de fer, la publication des états de recettes continuant à donner raison aux acheteurs de ces titres.

La ligne de Lyon est cette semaine encore la plus favorisée de nos grandes lignes; ses recettes excèdent celles de la semaine correspondante de 1879, d'une somme de 656,000 fr. pour l'ancien et le nouveau réseau. Après le Lyon, viennent le Nord pour un excédent de 195,000 fr., et le Midi pour un excédent de 176,000 fr.

L'Orléans est en hausse à 1285 fr. ; c'est celle de toutes nos grandes lignes qui a le moins profité de la hausse de ces derniers temps; aussi, croyons-nous qu'il serait avantageux d'acheter en ce moment.

Les actions Omnibus sont en baisse nouvelle à 1550; il serait peut-être temps de racheter. Les actions Établissements Duval sont toujours très bien tenues dans le cours de 1340 à 1350; on ira beaucoup plus haut.

Les actions de la Société Foncière de Montrouge, que nous mettrons ce mois-ci à la disposition de nos lecteurs, sont un excellent placement que nous ne saurions trop recommander. De nouvelles demandes d'achats de terrains ont eu lieu cette semaine, et la Société pense qu'elle pourra faire ces ventes au prix de 10 fr. le mètre, ce qui serait un très beau résultat, puisque la Société a acheté en bloc toute la propriété à raison de 3 fr. le mètre.

(*Banque Foncière*).

La séance de l'Académie.

Nous sommes encore sous la pénible impression que nous a causée la mort si brusque et si prématurée de notre ami et ancien maître Jacques Personne. Ce n'est pas sans un grand déchirement de cœur que nous avons assisté aux funérailles de cet homme excellent, auquel tant de générations d'élèves doivent de si précieux enseignements. Ce pauvre Personne avait l'écorce rude, la figure un peu dure, peu de patience, mais on s'habituait vite à ses boutades et on aimait en lui un maître dont la bonté, ainsi que la science étaient inépuisables. J'en appelle à tous ses anciens élèves qu'il accueillait toujours avec la même bonne grâce, lorsqu'ils venaient mettre à contribution son immense érudition, ainsi qu'une expérience éprouvée par près de cinquante années de laboratoire.

L'histoire de Personne est simple, mais instructive. Arrivé pauvre, inconnu, à Paris, il est mort professeur à l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie, pharmacien des hôpitaux. Entre ces deux étapes, que de travail! que de privations! quelle volonté d'arriver! Il ne faut point trop s'étonner si, après de telles luttes supportées avec un fier courage, la mort, longtemps provoquée par un travail incessant, est venue un jour brusquement mettre tout à néant! Quoi qu'il arrive, nous conserverons toujours au fond de notre cœur un souvenir reconnaissant pour cet homme de bien qui a été notre maître. Nous avions pour lui une sincère affection.

C'est à M. Méhu qne revenait de droit, le soin, de prononcer l'éloge du défunt. Personne méritait mieux que cet éloge froid et sec, débutant comme un chapitre d'un Guide Conty — « Jacques Personne naquit au mois d'octobre 1816 à Saulier, petite ville du département de la Côte-d'Or, qui a donné le jour à Vauban. » Que vient faire ici Vauban?

Il n'y a que M. Méhu pour faire ces trouvailles !

Comme nous l'avions annoncé, M. Brouardel a été élu membre de l'Académie à une très grosse majorité. C'est un hommage rendu aux éminentes qualités du professeur et à l'attraction exercée par son esprit et son affabilité. Que le nouvel académicien reçoive nos sincères félicitations.

OPHTHALMOLOGIE

Diabète ; affection cardiaque ; importance de l'examen ophthalmoscopique comme moyen de diagnostic. (Note lue à la Société de médecine pratique par le docteur H. Coursserant.)

Je demande la permission d'appeler un instant votre attention sur plusieurs malades que je viens d'observer presque simultanément et qui démontrent une fois de plus combien l'examen ophthalmoscopique des membranes profondes de l'œil peut, dans certains cas, éclairer et même établir le diagnostic.

Obs. I. — Le 9 novembre 1880, Madame G.., marchande de vins à Paris, âgée de 48 ans, se présente à ma clinique ; elle se plaint de ne plus voir de son œil gauche, et cette perte de la vision, qu'elle fait remonter à trois semaines environ, s'est effectuée sans aucune douleur. L'acuité est tellement mauvaise de cet œil, qu'elle ne pourrait être exprimée par un chiffre ; je dirai seulement que la malade percevait encore vaguement le passage des doigts à 10 centimètres. Les membranes externes étaient absolument normales ; la pupille, légèrement dilatée, permettait de constater la transparence parfaite du cristallin et des parties antérieures du corps vitré.

L'examen ophthalmoscopique, après dilatation de cette pupille par l'atropine, confirmait ces premières données fournies par l'éclairage oblique. La rétine était au contraire le siège de lésions graves, caractérisées : 1° par des hémorrhagies nombreuses situées dans toute l'étendue de la membrane ; 2° par des taches de deux ordres que nous allons étudier rapidement.

Les hémorrhagies se rencontraient surtout au voisinage des veines, qui étaient tortueuses, sinueuses et voilées, dans certains points de leur parcours, soit par les plaques hémorrhagiques elles-mêmes, soit par un léger œdème rétinien périvasculaire. Parmi ces hémorrhagies, les unes offraient un aspect radié, dû à l'épanchement du sang dans la couche des fibres nerveuses de la rétine ; les autres au contraire s'étalaient en nappe, sans formes bien déterminées ; la rétine, en outre, dans sa totalité était le siège d'un sablé hémorrhagique, véritable purpura hémorrhagica qui, joint à une hypérémie passive de la membrane, lui faisait perdre ses caractères physiologiques.

Quelques hémorrhagies artérielles, plus petites et plus discrètes, rondes en général, étaient également reconnues à l'ophthalmoscope. Les artères perdaient, près des épanchements sanguins, leurs doubles contours, mais elles n'étaient ni tortueuses, ni gorgées comme les veines. Quant aux taches, les unes étaient d'un blanc jaunâtre, réfléchissant fortement la lumière, à contours bien limités et légèrement pigmentées sur leurs bords ; elles seraient consécutives à l'atrophie graisseuse du tissu conjonctif rétinien et à la régression graisseuse des globules sanguins épanchés avec les hémorraghies. Leur cercle noir ne serait autre chose que la transformation des matières pigmentaires du sang (hématine, hématoïdine). La parfaite égalité de niveau de ces taches avec le tissu rétinien ambiant permettait d'éloigner l'idée d'exsudats rétiniens. Enfin, çà et là, mais de préférence à quelque distance du pôle postérieur de l'œil, on rencontrait d'autres taches plus blanches et plus pâles, à stries fines et noires, qui, selon les auteurs qui les ont décrites, seraient la conséquence de cicatrices rétiniennes résultant de la résorption complète de foyers hémorrhagiques avec persistance de la fibrine du sang légèrement mouchetée par les matières colorantes. (Sichel fils, Leber.)

Pour terminer, disons qu'il était impossible de distinguer le disque papillaire dont on pouvait à grand peine déterminer la place par le point de rencontre des vaisseaux centraux.

Rien dans l'œil droit, dont l'acuité était normale.

Je n'hésitai pas à poser le diagnostic de rétinite hémorrhagique diabétique, car j'avais reconnu chez cette malade toutes les lésions décrites par les auteurs, et surtout si bien étudiées par un de nos maîtres, A. Sichel fils, dans son remarquable traité.

L'examen sommaire de l'urine fait à ma clinique confirma nos prévisions. Les dosages successifs pratiqués par M. Benoist, pharmacien, révélèrent 63 grammes de sucre en 24 heures, sur une quantité d'urine de 2 litres et demi, la densité étant de 10 31.

Si j'ai cru devoir signaler cette malade à la société, c'est que l'affection oculaire est le premier symptôme qui ait attiré l'attention. Tous les observateurs s'accordent à dire que la rétinite, ou mieux les hémorrhagies rétiniennes diabétiques surviennent toujours à une période avancée de la maladie, lorsque l'état du malade est grave et que le diagnostic de l'affection générale est fait depuis longtemps. Nous ne citerons à ce propos que ces quelques lignes empruntées à A. Sichel fils (v. son traité, p. 692). « Jamais la rétinite n'a, comme dans l'albuminerie, servi à faire découvrir la maladie générale et toujours celle-ci avait produit des phénomènes accentués, non douteux, lorsque se sont produits les phénomènes d'amblyopie. (Sichel, Leber, etc.)

L'observation de notre malade, chez laquelle aucun phénomène

morbide n'a éveillé l'attention avant l'apparition des troubles visuels, nous permet, au moins pour le cas particulier, de nous inscrire contre cette opinion trop absolue des auteurs.

La polyurie existait bien chez elle, mais, par la nature de sa profession et peut-être aussi pour satisfaire ses goûts personnels, elle buvait plus que de raison, non des liquides pour étancher sa soif, mais bien du vin et surtout des alcools. Jamais Mme G... n'a présenté des affections cutanées ni d'érythème des parties génitales externes, comme cela se rencontre si souvent dans le diabète. L'appétit répondait au travail un peu rude auquel son commerce l'oblige. Le sommeil n'a jamais été troublé chez elle, ni par le besoin d'uriner, ni par ces rêvasseries qui signalent souvent l'apparition du diabète. Peut-être la malade a-t-elle un peu maigri dans ces deux derniers mois.

A quoi faut-il attribuer chez cette malade l'apparition de ce diabète? On ne peut invoquer ni le traumatisme, ni l'hérédité, ni la misère physiologique. Peut-être faut-il mettre en ligne de compte les refroidissements nombreux auxquels l'exposent ses descentes fréquentes à la cave de son établissement, et ses goûts manifestement alcooliques. Nous ne discuterons pas la possibilité d'une tumeur cérébrale, car aucun phénomène ne pourrait, chez cette malade, être invoqué pour établir une pareille étiologie. Pour être complet, nous dirons en finissant que les examens successifs de l'urine n'ont jamais révélé la présence de l'albumine. Nous croyons devoir faire cette remarque importante, car certains auteurs ont prétendu que le diabète était dans certains cas d'origine rénale et que, toujours, on trouvait alors dans les urines l'albumine, preuve d'une néphrite concomitante, et peut-être cause première de la glycosurie. Ces mêmes auteurs faisaient ainsi remonter à la néphrite l'apparition des lésions oculaires, « n'accordant au diabète, dans ce dernier point, qu'une importance très secondaire. » Courtois, Haltenhoff, Galewoski, et un de ses élèves, Kwiatkowski, dans sa thèse sur les affections oculaires diabétiques, ont combattu cette manière de voir ; ils ont établi par des faits concluants que la rétinite qui nous occupe se rencontrait souvent chez des malades uniquement glycosuriques.

Obs. II. — Chez notre seconde malade, Mme X..., âgée de 26 ans, l'examen ophtalmoscopique nous conduisit également sur la voie du diagnostic de l'affection générale. Voici les faits : Depuis un mois, elle se plaignait de la vue de son œil gauche. Elle vient à Paris, consulte successivement à Lariboisière et à l'Hôtel-Dieu deux chirurgiens distingués de ces hôpitaux. A l'Hôtel-Dieu, on lui prescrit l'iodure de potassium à l'intérieur, car on avait reconnu l'existence d'une névrite optique gauche. Huit jours après, le 23 août 1880, elle m'est adressée à la clinique par une ancienne cliente.

Avant de procéder à l'examen ophthalmoscopique, j'apprends que, depuis deux mois environ, elle est sujette à des évanouissements, qu'elle a perdu ses forces, que les facultés intellectuelles sont légèrement déprimées. Antécédents syphilitiques négatifs ; rien au cœur. Névrite optique simple sans hémorrhagies retiniennes, avec conservation parfaite du calibre et de la direction des artères. Examen des urines : 27 grammes de sucre pour 700 grammes d'urine (Dr Galippe, Lalliard, pharmacien). La malade me dit par la suite qu'elle urine très souvent, qu'elle a la peau très sèche, qu'elle est tourmentée par un prurit vulvaire depuis plusieurs jours. Les phénomèmes visuels se traduisent par des éblouissements, une diminution considérable de l'acuité due principalement à une hémiopie externe. Rien dans l'œil droit dont les fonctions sont normales. J'institue le traitement antidiabétique. Dix jours après sa première visite à la clinique, l'œil droit, sain jusque-là, est pris d'hémiopie interne sans lésions appréciables à l'ophthalmoscope. Le 15 mai, névrite caractérisée de cet œil droit. Le traitement, dirigé par mon confrère et ami le Dr Galippe, est poussé vigoureusement. Amélioration considérable des phénomènes généraux : plus d'évanouissements, les fonctions digestives, fort troublées, se régularisent, mais la névrite double persiste ainsi que l'hémiopie. La malade est perdue de vue.

La glycosurie était-elle symptomatique d'une tumeur cérébrale ? Cela peut être, mais nous ne nous rangerons pas à cette hypothèse, car nous avons vu les phénomènes généraux s'amender sous l'influence d'nn traitement antidiabétique, sans que rien eût été employé contre une néoplasie cérébrale. Nous serions plutôt tenté d'expliquer cette névrite optique par la présence d'hémorrhagies localisées dans le nerf optique sur un point de son parcours, et peut-être les aurions-nous vu apparaître dans les rétines, si la malade avait continué à se soumettre à notre observation.

Obs. III. — Mme F..., 73 ans, pensionnaire à l'hospice des Petits-Ménages, vient à ma clinique le 3 novembre 1880. C'est une petite femme sèche, d'un excellent tempérament, qui n'a jamais fait la plus légère maladie. Elle se plaint de ne plus voir de son œil gauche. Rétinite hémorrhagique franche. Présence dans la rétine de petits anévrysmes miliaires, semblables à ceux qui ont été décrits pour le cerveau par Liouville et Charcot. Rien dans les urines ; au cœur un souffle rude à la fin du premier temps et à la base, sans propagation vers la pointe et couvrant légèrement le second temps. Artères athéromateuses. Ici, nous nous trouvions en présence d'une rétinite hémorrhagique d'origine cardiaque et artérielle (artério-sclérose). Il est plus que probable que de pareilles hémorrhagies se produiront dans la substance cérébrale avec toutes leurs redoutables conséquences. Je rapprocherai cette malade d'un cardiaque que j'ai eu l'occasion de voir pendant mon clinicat chez M. A. Sichel et qui fut soumis à l'examen du professeur Lasègue à la Pitié. On trouvait dans sa rétine quelques petits foyers hémorrhagiques ronds, situés près des artères, dont quelques-uns pouvaient être considérés comme encore contenus dans les tuniques vasculaires anévrysmales, tant ils étaient bien limités, à contours brillants.

Le malade avait eu plusieurs syncopes graves, à forme périodique ; il présentait un souffle caractéristique d'une maladie de Corrigan, avec cette particularité qu'il disparaissait presque totalement lorsque le malade était couché. Après être resté longtemps dans le service à la Pitié, il reçut son exeat et nous apprîmes qu'il était mort subitement sur un banc de nos boulevards extérieurs, très peu de temps après sa sortie de l'hôpital.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Des effets de l'ingestion du pain moisi, chez l'homme et chez les animaux, par P. Mégnin.

J'ai reçu, il y a quelques jours, avec pièces à l'appui, c'est-à-dire un morceau de pain de munition, communication d'un fait extrêmement curieux qui intéresse au plus haut point l'hygiène et la médecine. Ce fait vient de se passer dans un détachement d'un régiment de cavalerie, le 2e hussard, en garnison à Oran (Algérie). La distribution du pain de munition venait de se faire aux hommes. Ce pain, qui avait à peine 48 heures de confection, se trouvait néanmoins moisi et couvert de végétations cryptogamiques noires et orangées. Les cavaliers refusèrent de le manger et le jetèrent ; quelques-uns le donnèrent à manger à leurs chevaux qui y gouttèrent à peine, à l'exception de deux qui en absorbèrent chacun environ un demi-kilogramme. La conséquence de cette ingestion de pain moisi fut un véritable empoisonnement, avec un cortège de symptômes que nous allons rapporter en citant textuellement la description que nous en a transmise le véteri-

naire du corps, M. Perrin, pour l'un d'eux tout au moins, le dernier malade et le plus gravement atteint.

« Ce cheval, n° matricule 906, présente dans la soirée quelques coliques sourdes; il s'affaisse sur lui-même en fléchissant seulement les membres postérieurs; on le promène, il marche facilement, il ne cherche pas d'ailleurs à se rouler sur le sol; les reins ont de la souplesse, la respiration et la circulation sont normales; les muqueuses conjonctivales et buccales, ne présentent rien de particulier.

« Les accès de coliques reviennent à des intervalles assez éloignés, près d'une demi-heure, et durent à peine trois ou quatre minutes; pendant ceux-ci l'animal marche en s'affaissant du derrière, et sans chercher à s'arrêter pour se rouler. Après l'accès, si ce n'était la physionomie un peu inquiète du sujet, on ne se douterait pas qu'il soit malade; il n'y a pas de balonnement; la pression du ventre ne paraît pas déterminer de douleur bien évidente; la défécation se fait bien, ainsi que l'émission des urines, et sans rien de particulier à noter. — Nous faisons administrer un purgatif dans le but de favoriser l'expulsion du pain moisi qui peut ne pas se trouver digéré.

« Les accès de coliques continuent à se reproduire toujours de la même façon. A 11 heures du soir, on fait prendre à l'animal une infusion de camomille avec un décilitre d'acétate d'ammoniaque. On le promène un peu en le laissant reposer en dehors des accès: on le bouchonne et on le couvre. Son état ne paraît pas s'aggraver; cependant, vers minuit, le pouls a un peu monté, il est assez fort et les conjonctives sont plus colorées, ce qui peut être attribué au breuvage excitant qui a été administré. On donne un lavement au sulfate de soude pour faciliter l'action de la purge.

« Les coliques reparaissent, toujours avec les mêmes caractères. A une heure du matin, on fait à l'animal une vigoureuse friction avec de l'essence de térébenthine, sous le ventre et aux membres. Quelques instants après, l'animal paraissant calme, on le rentre à l'écurie et on se borne à le surveiller.

« A 4 heures du matin, on nous prévient que l'animal n'est pas guéri, qu'il a eu deux autres accès de coliques dans la nuit, qu'en ce moment il en a encore un. Nous nous rendons auprès du sujet que l'on promène. L'accès est passé, il a duré plus longtemps que les autres; l'animal est assez calme, mais sa physionomie est plus inquiète; il porte la tête basse et a le regard morne; la respiration est un peu accélérée et les naseaux sont dilatés; le pouls est fort, plein et à 60 (le pouls normal, chez le cheval est de 40 environ), les conjonctives sont violacées, ainsi que la muqueuse buccale. — Nous ordonnons un nouveau breuvage et l'application d'un sinapisme.

« Bientôt un nouvel accès se produit : l'animal s'affaisse considérablement du train postérieur et en se tordant un peu; il précipite sa marche en avant et à l'air de pousser sur le cavalier qui le retient; par moment le train de derrière se relève et sa démarche paraît mal assurée, il chancelle un peu. La respiration s'accélère encore et le pouls monte encore également, il est vite, mais sans être bien fort; les battements du cœur s'accusent; le pincement des reins détermine presqu'une chute, en faisant trébucher l'animal.

« A cinq heures du matin la station debout devient difficile, et l'animal chancelle comme un homme ivre, mais du derrière seulement, puis ses mouvements deviennent tout à fait incohérents. Dans sa stalle il appuie la tête contre le mur de face et pousse en avant : c'est l'indice d'une forme vertigineuse qui se déclare. Il se couvre d'une sueur froide et abondante ; la verge laisse écouler une urine claire et reste pendante et flasque. La respiration est haletante, le pouls très vite, à 80 au moins, et petit. La sueur ruisselle sur tout le corps et est glaciale; les yeux sont fermés et, en soulevant les paupières, ils se montrent ternes et vitreux, et la conjonctive présente des pétéchies. Enfin l'animal, ne se soutenant plus, tombe sur la litière, épuisé.

« La respiration alors se calme comme si elle allait s'arrêter, et, au bout de cinq minutes, elle est tellement imperceptible que l'on pourrait croire le cheval mort; il en a d'ailleurs tout à fait l'attitude : les lèvres sont relevées et la bouche entr'ouverte, le corps est glacé, les membres sont dans un état de relâchement complet, l'insensibilité est absolue, et les coups ne produisent aucun effet.

« Cet état dure plus d'une demi-heure, et nous reconnaissons dans ces symptômes, dans la marche de la maladie, une analogie frappante avec le cas observé la veille et, renseignements pris, nous apprenons qu'en effet, le cavalier auquel est affecté ce cheval, lui a fait manger un assez bon morceau de pain moisi d'environ un demi-kilogramme.

« Tout à coup, comme subissant une décharge électrique, l'animal se trouve debout d'un seul bond et se précipite, le nez au vent, contre la muraille comme pour la dévorer. Il se campe pour assurer sa station et en s'appuyant le poitrail contre la mangeoire. Emission abondante d'urine claire ; respiration active et précipitée. Pouls petits, 50 environ. Les yeux, quoique ouverts ne voient pas; ils se ferment et le sujet paraît dormir debout, insensible à toute espèce de bruit ou d'excitation extérieure et même aux coups.

« Il reste dans cette situation plus d'une demi-heure, après quoi il devient chancelant; le train de derrière menace de tomber de côté et on le soutient pendant quelques minutes; mais les forces manquent et on le laisse tomber sur la litière. Il se débat un peu en allongeant la tête sous la mangeoire et bientôt il se trouve dans le coma le plus profond, complètement insensible, comme s'il était anesthésié, les membres, la tête, les lèvres, dans le relâchement le plus complet. Une sueur froide, abondante, couvre le corps; la respiration devient presque imperceptible, et le pouls, qui est assez vite, est très petit.

« Trois quarts d'heure après l'animal se relève d'un bond comme précédemment, la tête élevée et le bout du nez venant frapper la muraille d'en face, contre laquelle il appuie ses dents, en même temps que le poitrail prend un autre appui contre la mangeoire. Les yeux se rouvrent, mais sont sans expression et se referment aussitôt; la respiration s'active ; une urine claire est émise par intervalles et en petite quantité; l'animal se campe et écarte les membres pour assurer sa station debout et ne bouge plus; nouvelle suée, mais moins glacée, nouveau coma, nouvelle résolution des membres, nouveau décubitus avec inertie complète.

« Une heure après, l'animal se relève brusquement, mais moins violemment que les fois précédentes; il s'appuie encore des dents contre la muraille de face, et du poitrail contre la mangeoire; il émet aussi de l'urine claire. La respiration s'active et prend peu à peu son rythme normal; le pouls aussi devient plus fort et les yeux paraissent moins ternes.

« A partir de ce moment l'animal reste debout; ce n'est qu'environ trois quarts d'heure après qu'il fait quelques mouvements du corps sans déranger les membres; la tête quitte sa position et les paupières s'entr'ouvrent; il appuie néanmoins encore le front contre la muraille. La chaleur revient peu à peu et la sueur cesse ; la respiration est normale et le pouls a pris de la force, il est à 55 environ.

« Pendant quelques minutes l'animal cesse de pousser en avant, ouvre les yeux et regarde; il a l'air tout surpris ; puis il se remet à pousser en avant, et ainsi alternativement pendant près de deux heures, après quoi sa physionomie s'éveille peu à peu ; il fait quelques mouvements pour assurer sa station, car il n'a pas l'air solide sur ses jambes, puis reste tranquille, assez indifférent à ce qui se passe.

» Vers 3 heures de l'après-midi, on lui présente un peu d'eau

blanchie avec de la farine d'orge et il en prend quelques gorgées. Le soir, il cherche à manger et on lui donne un barbottage qu'il prend avec plaisir. On remarque à ce moment que les déplacements du train postérieur sont difficiles. Il en est de même les jours suivants, bien que l'appétit soit tout à fait revenu, ainsi que tous les signes généraux de la santé. Bref, en ce moment (fin d'octobre), l'animal reste avec une paralysie incomplète du train postérieur, pour laquelle il est soumis dès lors à un traitement à base de noix vomique. »

En résumé, les conséquences de l'ingestion du pain de munition moisi, par un certain nombre de chevaux, a été, pour deux d'entre eux qui en avaient mangé environ un demi-kilogramme, des symptômes graves d'empoisonnement, se traduisant par des coliques et des alternatives de vertiges furieux et de coma profond, avec émissions abondantes d'urine, n'ayant laissé aucune trace chez l'un et une paraplégie incomplète chez l'autre. Quant aux autres chevaux qui n'avaient mangé que peu de pain moisi, on n'a guère remarqué chez eux qu'un peu de somnolence et des émissions fréquentes d'urine.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement du rhumatisme cérébral, par la méthode réfrigérante, par M. Maurice RAYNAUD.

Il y a quelques années, j'étais appelé en consultation par notre honorable confrère le docteur Gellé, — le même dont l'Académie a plusieurs fois écouté avec intérêt les communications sur les maladies de l'oreille, — auprès d'un commerçant du Palais-Royal, qui était atteint d'accidents encéphaliques graves : délire bruyant, loquace, agitation, insomnie, mais sans tendance asphyxique, sans ataxie musculaire, en un mot, sans danger actuel et imminent de mort. En pareille occurrence, nous ne crûmes pas à l'urgence d'une intervention énergiquement active, et nous nous bornâmes à faire plonger le malade dans des bains dont la température était de 28 à 30 degrés.

Cette méthode réussit à merveille, et au bout de trois ou quatre jours les accidents avaient disparu.

Voilà un moyen qui n'a rien d'effrayant, et qui, dans des cas de moyenne intensité, peut être employé avec de grands avantages. La différence entre la température du corps et celle du bain est encore de 9 à 10 degrés; elle produit un refroidissement réel qui n'est pas à dédaigner.

Cela dit, voyons quels sont les *effets* du bain froid. Je ne parle pas, quant à présent, du mécanisme physiologique, j'y reviendrai, je parle des effets en quelque sorte matériels, tangibles, immédiatement observables.

Pour les bien apprécier, je suis obligé d'analyser les éléments symptomatiques du rhumatisme cérébral ; pour cela, je me servirai de mes propres observations, non pas que je les considère comme meilleures que celles des autres, mais parce qu'elles ont à mes yeux un avantage considérable, celui de me permettre de ne parler que de ce que j'ai vu.

Il est aisé de distinguer dans le rhumatisme cérébral deux catégories de symptômes : des symptômes *psychiques* et des symptômes *somatiques*.

Les premiers se résument dans un mot générique : le délire, qui comprend bien des variétés.

Quelles sont ces variétés de délire ?

La première pensée des observateurs de ce siècle, qui se sont trouvés en présence de ce grand fait du rhumatisme cérébral, a été qu'il s'agissait d'une méningite ; des analogies de texture leur faisaient supposer qu'il y avait là une sorte de transport de la fluxion des séreuses articulaires sur la séreuse cérébrale, de même que, dans d'autres circonstances, cette fluxion se fait sur les séreuses cardiaques et pulmonaires. Et de fait, quelques rares observations paraissent donner gain de cause à cette opinion, quoique, à vrai dire, dans ces cas mêmes, il ne s'agisse pas d'une arachnitis proprement dite, mais plutôt d'un état inflammatoire ou congestif de la pie-mère. Mais, au total, ces observations restent à l'état de faits isolés. Au point de vue séméiologique, le délire du rhumatisme est d'ailleurs, à mon avis, assez différent du délire de la méningite. Il est surtout polymorphe.

Dans cette dernière maladie, on rencontre deux périodes décrites par tous les auteurs : une période d'excitation, avec délire loquace, et une période de dépression et de coma suivi de mort.

Dons le rhumatisme cérébral, voici ce que j'ai vu (je laisse volontairement de côté tous les cas dans lesquels il peut y avoir un soupçon d'alcoolisme, celui-ci s'exprimant par un délire spécial avec hallucinations terrifiantes et tremblement) :

Très fréquemment, le délire revêt la forme de l'*agitation maniaque*. On observe alors une rapide succession des idées, qui sont incohérentes, ineptes, un bavardage incessant, dans lequel on retrouve l'expression passionnelle de la colère. Cette extravagance des idées est souvent accompagnée d'un délire d'action ; le malade se lève, fait des efforts comme pour se sauver, lutte avec ses gardiens, et l'on est forcé d'employer la camisole de force. Ce sont là, sans contredit, les cas qui se prêtent le mieux à l'interprétation dans le sens de la méningite.

Seulement, répétons qu'à l'autopsie on ne trouve pas de méningite. Si le temps me le permettait, je vous montrerais que les lésions, principalement vasculaires, auxquelles on a voulu attacher la signification d'encéphalite, sont loin d'avoir toute la netteté désirable pour entraîner la conviction. Ajoutons enfin, comme un très grand argument, que généralement les bains froids viennent à bout de toute cette exicitation cérébrale, et il n'est malheureusement que trop certain qu'ils n'auraient pas cette action souveraine contre une méningite légitime.

En regard de cette forme plaçons-en une autre, caractérisée par cet état mental et physique que les aliénistes decrivent sous le nom expressif de *mélancolie avec stupeur*.

La face a un aspect éteint, inerte, stupide, comparable, à beaucoup d'égards, au masque des typhiques. Et cependant tout porte à croire — rappelez-vous les belles études de M. Bailarger sur ce point — que ce masque est trompeur, que cette inertie apparente couvre un délire interne, extrêmement actif, qui se traduit souvent, mais non toujours, par un marmottement inintelligible. Cette forme est commune.

Il me faut mentionner encore la forme *hypochondriaque*, dépressive. Le malade est en proie à des idées sinistres, à des pressentiments de mort ; il a du délire de persécution. On l'a empoisonné, on lui en veut, on cherche à le tuer. C'est l'histoire de tous les persécutés, sauf, bien entendu, la durée du phénomène, et l'état fébrile.

Je signalerai enfin une forme de délire comparable de tous points à ce que les Anglais appellent *moral insanity*, délire du caractère, perversion des instincts et des sentiments, souvent très peu appréciable pour les gens du monde qui voient ces malades, et qui n'en a pas moins une grande valeur pour l'œil d'un médecin. Je me rappelle le cas d'une dame du meilleur monde, qui se mit tout à coup à tutoyer sa femme de chambre, à exiger de celle-ci qu'elle la tutoyât, comme preuve d'affeetion.

Ce n'est pas là une idée délirante, si vous voulez, mais c'est au moins une fantaisie absurbe et manifestement morbide. Cette affectivité hors de saison, cette alacrité de mauvais aloi, n'est pas une des formes les moins inquiétantes.

Non seulement, Messieurs, toutes ces formes peuvent se rencontrer dans le rhumatisme cérébral, mais on les voit souvent se

succéder les uns aux autres chez le même malade à différents moments de l'évolution pathologique.

L'aboutissant commun de toutes ces variétés de délires, c'est le *coma*, c'est-à-dire la suppression totale de l'intelligence et même de tout rapport avec le monde extérieur, coma qui peut être absolu, ou revêtir la forme dite *coma vigil*, le malade répondant encore à quelques excitations, par exemple tirant la langue d'une façon automatique lorsqu'on le lui ordonne.

Je ne crois guère, en thèse générale, à une *forme comateuse* proprement dite du rhumatisme cérébral. Je crois plutôt que le coma est une *période* qui succède d'ordinaire à la période délirante, laquelle peut, du reste, être assez courte pour passer inaperçue.

Je fais pourtant une exception pour les jeunes enfants, chez lesquels, suivant les observations très attentives de notre savant président M. Henri Roger, le délire est remplacé par une sorte de demi-coma et de mutisme, qui n'est que trop significatif.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 *décembre* 1880. — Présidence de M. H. LEGOUEST

La **Correspondance** comprend : 1° une lettre de remerciement de M. **Bondet** nommé membre correspondant de l'Académie; 2° une lettre de M. **Schlagdenhauffen**, professeur à l'Ecole de pharmacie de Nancy, qui se porte candidat à la place de membre correspondant de l'Académie de médecine; 3° un travail intitulé : Action antipyrétique de l'acide phénique. — Second mémoire par M. le Dr **Desplats.**

L'Académie procède par voix de scrutin à l'élection d'un membre dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Ordre de présentation : MM. **Brouardel**; **Besnier**; **Lunier**; **Gallard**; **Vallin**; **Legrand du Saulle.**

Nombre des votants : 80; M. **Brouardel** est élu avec 62 voix; M. Besnier en obtient 3; M. **Lunier**, 1; M. **Gallard**, 13; M. **Legrand du Saulle**, 1.

M. **Méhu** donne lecture du discours prononcé par lui sur la tombe de M. **J. Personne**, au nom de l'Académie.

M. **Peter** fait un rapport sur le travail de M. **J. Worms** sur le lien qui existe entre certaines formes de névralgies et le diabète.

L'Académie se forme en comité secret.

Société médicale des Bureaux de bienfaisance.

Séance du 8 *décembre* 1880. — Présidence de M. le Dr COMMENGE.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2 ; le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté sans observation.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues que reçoit ordinairement la Société, ainsi qu'une brochure sur le service médico-chirurgical des pauvres à Turin ;

La correspondance manuscrite comprend : une lettre de remerciements de M. le Dr Chevallereau, nommé membre titulaire à la dernière séance ;

Des lettres de remerciements de Messieurs les membres du Congrès international de bienfaisance de Milan, nommés précédemment membres associés étrangers ;

Une lettre de M. le Directeur de l'Assistance publique, au sujet de l'extension du formulaire des hôpitaux au service des pauvres à domicile, demandée par la Société ;

Le Directeur de l'Assistance publique propose de soumettre la question à son conseil de surveillance ou de la renvoyer à la commission ministerielle chargée d'étudier la réorganisation de l'assistance à domicile.

La Société, consultée, préfère le renvoi à la commission ministérielle.

Renouvellement du Bureau pour 1881.

M. Dalpiaz, premier vice-président de 1880, est nommé président par 13 voix sur 20 votants.

M. d'Echerac est nommé premier vice-président par 17 voix, et M. Lecoin, deuxième vice-président par 15 voix sur 18 votants, M. Boissier est nommé premier secrétaire par 15 voix, et M. Nadaud deuxième secrétaire par 14 voix sur 18 votants ; MM. Passant, secrétaire général, Lenoir, trésorier, Barbette, archiviste, sont réélus par acclamation.

Le Conseil de famille se compose des présidents des trois dernières années : MM. Domerc, Baudoin, Commenge.

Sont ensuite nommés membres de la commisssion chargée d'étudier la question de réorganisation de l'assistance à domicile :

Sur 17 votants, M. Gibert obtient 13 voix, M. Laroche 13, M. Novarre 11, M. Tolédano 10, M. d'Echerac 9. Membres de droit de la commission : MM. Commenge et Passant.

M. le Dr Mary-Durand est nommé membre associé libre national.

M. le Dr Abbaté-Bey, directeur du service d'hygiène au Caire, est nommé membre associé étranger.

A propos de la constitution médicale du mois dernier, M. le Dr Gibert fait remarquer que, si chacun des médecins des bureaux de bienfaisance voulait faire chaque mois le relevé des malades qu'il a à soigner, imitant en cela ce qui se fait pour les malades des hôpitaux, on arriverait ainsi à avoir pour le service des malades à domicile des statistiques analogues à celles que fait l'Assistance publique, ce qui constituerait des documents très intéressants à consulter.

Prêchant d'exemple, M. le Dr Gibert rend compte du travail auquel il s'est livré pour sa circonscription.

La séance est levée à 10 heures, après des remerciements votés à M. Gibert sur la proposition du Président.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu la lettre suivante le 9 septembre 1880, et nous regrettons vivement de ne pas l'avoir publiée plus tôt.

A M. le Dr Galippe, secrétaire de la rédaction du *Journal des Connaissances médicales.*

« Mon cher ami,

« Sous ce titre : Un empoisonnement par la glycine, le journal d'Amiens du 29 août 1880 (*Echo du national*), et après lui le *XIXe siècle* du 8 septembre, ont publié une note dont j'extrais ces quelques lignes :

« ...... Un médecin de Saône-et-Loire, M. Léouffre, nous fait connaître un cas, on pourrait dire une véritable petite épidémie d'intoxication, produite par la *glycine*. Dans un pensionnat de jeunes filles, le jardinier avait émondé un de ces arbustes. Les enfants avaient ramassé les fragments des branches et des racines, et confiantes dans leur saveur sucrée les avaient mangées et fait macérer dans l'eau, en guise de bois de réglisse. Quelques heures après, une vingtaine de ces enfants étaient prises de vomissements bilieux, de douleurs d'estomac, de fièvre, de tous les symtômes, en un mot, qui caractérisent un empoisonnement. Chez quelques-unes le poison avait été ingéré à assez hautes doses pour donner de graves inquiétudes, la face était grippée, les pupilles largement dilatées, les extrémités froides, le pouls très faible......

« L'action toxique de la glycine n'a point été signalée et il y aurait intérêt à voir si l'on peut extraire de cette plante un ou plusieurs des alcaloïdes analogues à ceux que l'on retire de la plupart des plantes veineuses.

« L'occasion était tentante. Je résolus d'entreprendre cette

recherche. Mais j'ai pensé tout d'abord à vérifier par des expériences physiologiques les effets du poison. A cet effet je préparai quelques grammes d'extrait hydro-alcoolique de glycine, en épuisant une centaine de grammes d'écorce fraîche de tige de glycine, par l'alcool étendu de son volume d'eau. J'ai administré à un chien de petite taille dix, puis vingt, trente, cinquante centigrammes de cet extrait ; n'obtenant aucun résultat, j'ai élevé la dose à un gramme, puis à quatre grammes, ingérés en une seule fois. Le résultat a toujours été absolument négatif. Le diamètre des pupilles n'a pas varié, il n'y a eu aucune contraction des membres ni de la face.

« Des injections hypodermiques n'ont donné aucun résultat.

« En présence de résultats aussi parfaitement négatifs, j'en suis à me demander si c'est bien réellement à la glycine que M. le Dr Léouffre a eu affaire.

« Je veux bien qu'au moment où les accidents se sont produits, l'abondance des sucs ait été plus grande dans la plante. Cependant, si un alcaloïde existe dans l'écorce du *glycine sinensis*, quatre grammes d'extrait doivent en contenir assez pour produire des effets appréciables.

« Avant donc d'entreprendre toute recherche, il y a lieu de demander à M. Léouffre si réellement ces accidents sont dus exclusivement à la glycine et si, à son insu, les enfants n'avaient pas auparavant ingéré quelque autre plante toxique.

« R. Moynier de Villepoix. »

VARIÉTÉS

De l'organisation du service médical de jour à Paris.

Nos lecteurs savent qu'il existe à Paris un service médical de nuit organisé par l'initiative du Dr Passant. Le fonctionnement de ce service est très simple. Toute personne ayant besoin d'un médecin après 9 heures du soir n'a qu'à s'adresser au poste de police le plus voisin. Un agent l'accompagne chez un des médecins inscrits. Ce dernier, toujours accompagné de l'agent, se rend au domicile du malade. Cette organisation a donné d'excellents résultats ; les malades ne risquent plus d'attendre longtemps les secours dont ils ont besoin et, d'autre part, les médecins ne risquent plus d'être troublés dans leur sommeil pour les motifs les plus futiles. L'administration se charge de faire payer les personnes qui le peuvent et honore le médecin quand le malade est indigent.

Pendant le jour, à l'encontre de ce qui devrait être, on est souvent embarrassé quand un accident se produit pour trouver un médecin. Tous, Parisiens ou provinciaux, ouvriers ou bourgeois, nous sommes exposés à l'un de ces nombreux accidents qui font la joie des reporters. Ne voit-on pas fréquemment, pour ne citer qu'un exemple, des femmes être assaillies dans la rue par les douleurs de l'enfantement ? La maternité comme l'amour a ses surprises.

Etant donné un accident quelconque, que fait-on ? Les agents de police ou les passants conduisent indifféremment, malade, blessé, ou parturiente chez le premier pharmacien venu. C'est un usage aussi illégal qu'absurde ; en revanche, il est si profondément enraciné qu'en dépit des protestations les plus légitimes, la préfecture de police n'a encore pris aucune mesure prohibitive. C'est un usage illégal, car si vous condamnez un pharmacien pour avoir fait œuvre de médecin en délivrant, sans ordonnance, un médicament même inoffensif, vous n'avez pas le droit de forcer ce même pharmacien à pratiquer la médecine, la chirurgie, voire même les accouchements, sans violer vous-même la loi que vous avez mission de faire respecter.

Si le pharmacien proteste, comme c'est son droit, la foule l'accuse d'inhumanité et menace d'enfoncer les portes de l'officine.

Par ses études, le pharmacien n'est généralement pas préparé à ce qu'on attend de lui. A plus forte raison ne peut-on exiger d'un élève en pharmacie les connaissances requises pour la pratique de la médecine et de la chirurgie d'urgence.

Le pharmacien fait ce qu'il peut, mais soupire surtout après l'arrivée d'un médecin. Le plus souvent, son officine est souillée de sang ou de déjections les plus variées, il fournit des bandes et de la charpie, des médicaments et n'est presque jamais payé ; trop heureux encore quand on ne lui laisse pas un cadavre sur les bras en attendant l'accomplissement des formalités légales.

Si les personnes qui s'intéressent à ces questions d'assistance publique sont généralement d'accord pour reconnaître qu'un pareil état de choses ne peut persister, le même accord n'existe plus sur le choix d'une organisation de secours prompts et éclairés.

C'est ainsi que plusieurs de nos confrères ont accueilli, peut-être avec trop d'enthousiasme, un projet communiqué, récemment à l'Académie de médecine, par le Dr Natchel, médecin à New-York. Notre confrère a établi dans cette ville un système d'ambulances volantes, calqué en quelque sorte sur l'organisation des secours contre l'incendie. Voici à peu près résumé le mécanisme de ce service : un accident quelconque est signalé, l'agent de police (supposé toujours présent), grâce à un système de télégraphie installé sur le candélabre qui porte le gaz, prévient le chef de la police métropolitaine. Ce dernier avise à son tour le poste médical le plus voisin de l'accident et une ambulance volante se transporte immédiatement auprès du blessé qui reçoit les secours dont il a besoin.

Nous admettons volontiers qu'une telle organisation puisse rendre des services, mais elle suppose l'existence d'un réseau télégraphique ou téléphonique que nous ne possédons pas encore. Si rapide que soit du reste cet échange de communications, il exige un temps relativement considérable et partant préjudiciable aux blessés ou aux malades. De plus, l'organisation d'un tel service nécessiterait, en tenant compte des chevaux, des voitures, du personnel médical et autre indispensable, des frais considérables. Toute réforme qui s'appuie sur de grosses dépenses a peu de chance d'être adoptée.

A moins de multiplier les ambulances volantes, avec les frais considérables qu'elles exigeraient, les blessés, surtout dans les quartiers excentriques, pourraient courir le risque d'attendre longtemps des secours.

Il nous paraîtrait beaucoup plus pratique, et surtout plus économique, d'utiliser en la perfectionnant notre organisation actuelle. Il y a dans tous les postes de police une boîte de secours comprenant tout ce qui est nécessaire à la médecine et à la chirurgie d'urgence. En revanche, il n'y a pas de médecin, ni de lit. Ne parlons pas du lit, c'est peu de chose à obtenir ; il n'en est pas de même d'un service médical permanent. A notre avis, il faudrait instituer un service de jour, comme on a organisé un service de nuit. La question budgétaire sera également soulevée, mais la dépense occasionnée par le service tel que nous le comprenons serait certainement inférieure à celle nécessitée par la création des ambulances volantes.

Il n'y a de difficulté à se procurer un médecin que dans la matinée ; il n'en est plus de même dans l'après-midi. Les commissaires de police pourraient faire appel, dans leur quartier, soit à de jeunes médecins, soit encore à des médecins âgés ou à des médecins militaires en retraite, qui consentiraient à rester chez eux pendant la matinée, et à tour de rôle, moyennant une rétribution à fixer. Chacun d'eux aurait, pour ainsi dire, ses heures de garde.

Le fonctionnement de ce service serait des plus simples. Un

accident se produit, l'agent au lieu de faire porter le blessé chez le pharmacien le dirige vers le poste; si le malade est déjà chez le pharmacien, sa conduite sera la même. Il peut arriver que la nature de l'accident exige l'emploi d'un brancard, l'agent fera immédiatement le nécessaire. Le médecin, prévenu aussitôt, sera à son poste. La perte de temps serait ainsi réduite au minimum.

Que cette réforme ne réalise point l'idéal, je le confesse, mais elle constituerait au moins un progrès considérable sur ce qui existe aujourd'hui et elle aurait encore le mérite de ne point grever trop lourdement le budget municipal. Dr GALIPPE.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de la région prévésicale et des phlegmons dont elle est le siège, par le Dr PAUZAT.

Dans ce travail, l'auteur étudie cette intéressante question en s'appuyant sur de nombreuses observations. Voici les conclusions de ce travail publié dans la Gazette médicale de Paris (11 novembre 1880).

1° Il faut distinguer deux variétés de phlegmons prévésicaux : *a*, ceux de l'espace sous-musculaire, qui sont sus-pubiens; *b*, ceux de l'espace prévésical vrai, qui sont d'abord rétro-pubiens.

2° Cette distinction répond dans la plupart des cas à la division antérieurement établie : *a*, phlegmons idiopathiques; *b*, phlegmons symptomatiques.

3° Elle est basée : *a*, sur deux examens cadavériques où la différence de siége est nettement établie; *b*, sur des différences importantes dans la pathogénie, les symptômes et la marche.

4° Au point de vue pathogénique, on peut dire que d'une façon générale les phlegmons sous-musculaires sont le résnltat d'épanchements sanguins produits à la face postérieure des muscles droits, et les phlegmons prévésicaux la conséquence d'une affection des organes du petit bassin.

5° Au point de vue symptomatique, les phlegmons sous-musculaires se développent du pubis vers l'ombilic; leur grosse extrémité est en haut et ils n'ont pas de prolongements dans le petit bassin. L'induration perçue par le toucher rectal paraît éloignée et cet examen cesse de donner des résultats longtemps avant que la tumeur sus-pubienne ait disparu. Les troubles vésicaux sont peu marqués ou nuls. La suppuration est fréquente; le pus est souvent sanguinolent. Les phlegmons prévésicaux forment des tumeurs qui, situées d'abord dans le petit bassin, par conséquent très accessibles par le toucher rectal, s'élèvent plus ou moins au-dessus du pubis et de la vessie, et peuvent s'étendre vers le rectum et les fosses iliaques. Les troubles vésicaux sont plus prononcés; la suppuration est la règle et l'évacuation du pus se fait souvent par l'urèthre, le vagin, le rectum, le canal crural : le pus est phlegmoneux.

Thoracentèse ; mort subite.

M. Tennesson a reçu dans son service un homme de 53 ans, emphysémateux, avec pleurésie et épanchement. Vingt-cinq jours après l'entrée du malade à l'hôpital, la pleurésie n'ayant pas diminué, la thoracentèse fut pratiquée et donna issue à un litre et demi de liquide transparent. Amélioration d'abord et, neuf heures après, le malade mourut en demandant le vase. L'autopsie a révélé la présence de fausses membranes dans les plèvres, de l'atélectasie dans le poumon droit, des lésions de pneumonie interstitielle dans le poumon gauche ; ni hypertrophie du cœur, ni lésion valvulaire. M. Tennesson attribue la mort à la syncope et se demande s'il n'a pas retiré trop de liquide dans cette thoracentèse.

(*Société médicale des hôpitaux*, novembre 1880.)

Traitement de la fièvre typhoïde et de l'érysipèle par le salicylate de soude, par M. Hallopeau.

Les agents antipyrétiques sont en même temps des médicaments antizymotiques; ils sont donc doublement indiqués dans la fièvre typhoïde. Le médecin qui les a le plus employés est Liebermeister. Il donne chaque jour 1 gramme de sulfate de quinine et 6 à 8 grammes de salicylate de soude. Par ce procédé il abaisse rapidement la température. J'ai employé alternativement le sulfate de quinine et le salicylate de soude. Je crois que ceux qui ont condamné le salicylate de soude dans la fièvre typhoïde sont ceux qui l'ont employé à dose trop élevée. Nous n'avons jamais dépassé 4 grammes, et maintenant nous nous en tenons constamment à la dose de 2 grammes.

La première objection que l'on ait faite au salicylate de soude dans la fièvre typhoïde, c'est que son influence serait légère; nos observations montrent au contraire que l'abaissement thermique se produit rapidement.

On a dit en second lieu que son action apyrétique n'était que passagère. Le fait est vrai ; mais il faut alterner dans ce cas avec le sulfate de quinine. Il y a en outre avantage à n'employer le salicylate de soude que d'une façon intermittente. Il s'accumule en effet dans l'économie, à cause de l'altération des reins qui existe toujours dans la fièvre typhoïde.

Nous n'avons vu aucun des accidents qu'on lui a imputés ; mais nous avons rencontré quelques accidents non signalés de l'augmentation de la dyspnée, de la congestion pulmonaire et des hémorrhagies. Ces accidents, il est vrai, disparaissent lorsqu'on donne le médicament d'une façon intermittente et à dose *modérée*.

On a dit enfin que le salicylate de soude était inutile dans la fièvre typhoïde. Il est certain qu'on ne peut juguler une fièvre typhoïde comme on jugule un rhumatisme articulaire aigu. Il nous a semblé cependant que la prostration était moins prononcée.

Sur nos 50 malades, nous avons eu 3 décès. L'un des malades est mort de perforation intestinale ; un autre de pneumonie, alors qu'il ne prenait plus de salicylate de soude; le troisième est mort pendant sa convalescence, alors qu'il allait quitter l'hôpital.

Si l'on demande comment le salicylate de soude peut agir sur la température, on ne peut émettre que de simples hypothèses.

J'ai 14 observations de l'emploi du salicylate de soude dans l'érysipèle. Je l'emploie à l'intérieur et en applications locales d'une solution au 20e. Dans cinq de ces cas, la température est revenue à la normale dans un espace de 12 à 36 heures. Dans les autres cas, l'amélioration a été moins rapide; cependant elle s'est produite en 3 ou 4 jours. Sur ces 14 observations, j'ai eu un seul décès chez un vieillard.

(*Soc. méd. des hôpitaux* et *France médicale*, 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur la variole, par BARTHÉLEMY. A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

Attaché comme interne au service des varioleux à l'hôpital Saint-Antoine, M. Barthélemy a pu, pendant l'année 1879, observer près de quatre cents malades. C'est en se basant sur ces nombreuses observations que l'auteur a entrepris cette étude critique sur la variole. Les diverses périodes de cette affection y sont étudiées avec le plus grand soin, dans leurs détails les plus importants. Le chapitre consacré à la description des rashs, celui encore où sont exposés les rapports de la variole avec la grossesse, l'état puerpéral, sont fort bien traités et fort intéres-

sants. Ne pouvant résumer ici tous ces chapitres, nous nous bornerons à indiquer l'esprit et le but dans lesquels ce travail a été fait.

La variole est la maladie qui résulte de l'intoxication de l'organisme du sang et du système nerveux par le virus médullaire.

On en trouve la preuve dans la marche de la maladie, dans l'apparition et dans les caractères des symptômes, dans leur variabilité même, qui sont proportionnels à la susceptibilité et aux modes réactionnels de chaque individu. Si les stéatoses rapides démontrent l'action d'un poison hématique, la fièvre, la céphalalgie, la rachialgie, les rashs, qui ne sont ni une affection ni un accident dans la maladie, mais qui en constituent un des symptômes, et l'un des plus précieux pour le clinicien, les paralysies, les retentissements utérins, et les divers autres troubles fonctionnels, enfin l'éruption elle-même, sont autant de preuves qui attestent l'intoxication et la souffrance du système nerveux central, et sa réaction vive contre le virus.

Le système nerveux médullaire et le grand sympathique sont surtout intéressés, comme le prouvent l'absence de troubles cérébraux, de délire, la présence de la rachialgie, des paraplégies, des rashs qui ne sont qu'une conséquence de la paralysie des vaso-moteurs, des métrorrhagies, qui ne sont que des rashs utérins.

Une évolution morbide de cette nature ne peut affecter un cycle parfait et fatal, et sa symptomatologie ne saurait être renfermée dans un cadre fixe et invariable.

La division en périodes d'allures et de durée connues et déterminables à l'avance, est, pour la variole comme pour les autres fièvres éruptives, contraire à l'esprit clinique, en ce sens qu'elle n'est pas confirmée par les faits. Chaque organisme, en effet, en face d'un poison virulent comme tout autre agent toxique, dont les effets varient aussi selon le terrain, se comporte et réagit à sa manière. Là encore il y a des malades et non une maladie.

Le cadre typique et tracé à l'avance d'une façon immuable conviendrait à peine aux infections artificielles (Chine), aux inoculations (Angleterre), faites avec un même virus, chez des gens également bien portants et également résistants, conditions irréalisables en pratique.

Les complications elles-mêmes tiennent moins, dans cette maladie au virus proprement dit qu'aux circonstances accidentelles ou à des conditions défavorables préexistant dans les organes des malades, *locus minoris resistentiæ*.

NOUVELLES

La Société médicale des Bureaux de bienfaisance a renouvelé, mercredi son bureau, qui est ainsi composé pour l'année 1881. Président, M. Dalpiaz; vice-présidents, MM. d'Echérac et Le Coin; secrétaire-général, M, Passant; secrétaires des séances, MM. Boissier et Nadaud; trésorier, M. Le Noir.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Essai critique sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie, par le Dr Roger (du Havre). In-8°. Prix 0 fr. 75. A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De la mort par infection purulente dans la fièvre typhoïde, par le Dr Gandy. In-8° de 60 pages. Prix 2 fr. A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etudes médicales sur Barèges, par le Dr Armieux, 2e édition revue et augmentée. 1 vol. grand in-8°. Prix 7 fr. 50. A la librairie G. Masson, libraire de l'Académie de médecine, 120, boulevard Saint-Germain, en face de l'Ecole de médecine.

RÉSUMÉ D'UN TRAVAIL

sur les préparations de goudron de bois.

Capsules. — Les capsules de goudron sont de petits sphéroïdes, à enveloppe gélatineuse assez dure, contenant quelques centigrammes de goudron. Introduite dans l'estomac, l'enveloppe de ces capsules se déchire, le goudron visqueux se répand sur la muqueuse stomacale, recouvre les papilles d'un enduit épais très difficile à émulsionner; à la longue, il en résulte, comme moindre inconvénient, des affections gastriques spéciales et des obstructions intestinales.

Emulsion de goudron. — Pour obvier à ces inconvénients, on a imaginé de diviser le goudron et de le suspendre dans un liquide aqueux au moyen de substances à peu près inertes sur l'économie telles que la *saponine*. Le produit ainsi obtenu constitue l'émulsion de goudron; mais sous l'influence du suc gastrique le goudron ne tarde pas à se réunir et une partie des inconvénients signalés pour les capsules se reproduit, entraînant à sa suite des accidents divers qui se traduisent par une grande difficulté de tolérance pour l'estomac.

Eaux de goudron. — Les eaux de goudron sont de deux sortes : 1° les unes sont obtenues par simple macération de l'eau sur le goudron, soit à chaud, soit à froid. Inutile de dire que ce procédé est absolument défectueux, attendu que l'eau ne peut dissoudre qu'une très faible quantité de substances solubles ; 2° les autres sont formées de goudron tenu en dissolution au moyen d'un alcali. Ce mode de procéder a des défauts multiples: le goudron est transformé, ses propriétés primitives sont altérées, etc., etc.

Créosote. — On a cru atténuer et annihiler d'un seul coup ces divers inconvénients en supprimant tous les composants du goudron à l'exception d'un seul, **la créosote**, et en substituant complètement cette dernière aux préparations de goudron. A première vue, l'intention paraît bonne, mais il nous semble qu'il y a eu des exagérations de la part des innovateurs. Le goudron de bois est un composé de principes très nombreux, la créosote n'est qu'un de ses éléments actifs; les autres substances actives qui composent le goudron ont chacune des propriétés spéciales, et de l'ensemble de ces propriétés il résulte une action définie, directe, unique sur l'économie; prétendre remplacer tous ces composés par un seul, substituer à l'action de tous l'action d'un seul est un acte de témérité, l'expérience l'a confirmé. De plus, la créosote (nous entendons la créosote pure, et non certaines créosotes fraudées du commerce) est un produit difficile à obtenir pur, un caustique énergique capable de produire des accidents, lorsque quelques gouttes séjournent dans le larynx, l'œsophage ou l'estomac. Pour atténuer ces effets, on a cherché à masquer cette causticité en diluant la créosote dans des vins, des élixirs, des huiles, etc.; mais ces substances ne masquent pas suffisamment la causticité de la créosote, les malades ne les supportent et ne les digèrent que difficilement; et comme la créosote qui bout à 203° n'a qu'une très faible volatilité, il en résulte que, même diluée et divisée, son séjour prolongé sur les muqueuses stomacales les enflamme, les irrite et amène des éructations odorantes phéniquées; lorsque les sécrétions commencent à se tarir, il survient de l'embarras des voies digestives et à la suite des accidents plus sérieux. (*A suivre.*)

Le Propriétaire-Gérant : V. Cornil.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29-31.